

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 77

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
EXOSTOSES SOUS-CALCANÉENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 31 JUILLET 1919

PAR

LOUIS ROUX

Né à Grandrieu (Lozère), le 19 janvier 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

{ VIRES *, Professeur, *Président*.
IMBERT *, Professeur
SOUÉYRAN, *, *ch. c.* } *Assesseurs*.
ETIENNE, Agrégé.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre Rouge)

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
EXOSTOSES SOUS-CALCANÉENNES

N° 77

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
EXOSTOSES SOUS-CALCANÉENNES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 31 JUILLET 1919

PAR

LOUIS ROUX

Né à Grandrieu (Lozère), le 19 janvier 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

{ VIRES *, Professeur, *Président*.
IMBERT *, Professeur
SOUBEYRAN, *, ch. c. } *Assesseurs*.
ETIENNE, Agrégé.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TÊDENAT (O ✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE. (O ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✱).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Anatomie Pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Microbiologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, prof.-adj. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBREAU, (O ✱ ✱) a. l. (c. c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✱ ✱ a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS, (ch. de c.).
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (✱ ✱). (docteur).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (✱).	DELMAS (Paul).	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL. (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH, (ch. d'agrég.)
RICHE.	RIMBAUD. (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. VIRES, président, (✱).	MM. SOUBEYRAN, (✱ ✱).
IMBERT, (✱).	ETIENNE.

La faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE VÉNÉRÉ

A LA MÉMOIRE
DE MA SŒUR JULIETTE

Souvenir ému d'amitié fraternelle

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

L. ROUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SOUBEYRAN

A MES MAÎTRES

L. ROUX.]

AVANT-PROPOS

L'idée de ce modeste travail nous fut suggérée, il y a cinq ans, par notre excellent maître, le professeur Soubeyran. Nous n'avons eu ni à augmenter ni à modifier les notes que nous avons alors recueillies ; nos recherches bibliographiques parmi les travaux de ces dernières années ont été vaines ; le silence s'est fait sur les exostoses du calcaneum comme sur bien d'autres chapitres de la pathologie ; des sujets d'étude d'une actualité plus urgente et plus poignante occupaient les esprits.

Qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le Professeur Vires notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse ; nous avons plaisir à lui déclarer que c'est avec un intérêt charmé que nous suivîmes ses savantes et éloquentes leçons de thérapeutique à la Faculté.

Nous remercions M. le professeur Soubeyran qui a bien voulu nous fournir de précieuses indications pour le développement de notre sujet : il nous a toujours témoigné

x

beaucoup d'amitié. Nous le prions recevoir de l'expression de notre vive gratitude.

A M. le professeur Imbert, à M. le professeur agrégé Etienne, à tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier, nous offrons l'hommage de notre profonde sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

EXOSTOSES SOUS-CALCANÉENNES

INTRODUCTION

La connaissance des exostoses calcanéennes date de la radiographie : on en distingue deux variétés les retro et sous-calcanéennes. Nous ne traiterons ici que de l'exostose sous-calcanéenne qui se distingue de sa voisine tant par ses origines que par ses symptômes et sa thérapeutique.

En 1892, Jacquet le premier signala dans ses *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* l'hyperostose générale du calcaneum et parla de « calcanéite ossifiante. »

A l'étranger Rössler (1895) Brackett (1896) Goldwaith (1897), mentionnent les exostoses retro calcanéennes. Painter en 1898 rapporte que les rayons X lui ont permis de découvrir une exostose sous le calcaneum, mais il n'y attache pas d'importance. En 1900 Plettner étudie la question en se basant sur six cas et note trois guérisons consécutives à l'ablation de l'exostose. Barker en 1905 relate une observation d'exostose bilatérale et croit à l'origine blennorrhagique de l'affection. Ewald en 1906 remarque la coïn-

cidence de l'exostose avec l'inflammation de la bourse séreuse : la même année Ebbinghaus publie deux observations d'exostoses devenues douloureuses, et attribue cette douleur à un traumatisme qui les aurait fracturées : Baër cite six observations accompagnées de radiographies très nettes : il soumet les tissus enlevés à un examen bactériologique et histologique et conclut à l'origine gonococcique.

En 1907, Chrysopathes émet l'hypothèse de l'origine ostéogénique de l'exostose, Janowski s'occupe des détails opératoires — Bradford, Jaeger, Davidson, Haglund (1908) Lehr, Jacobstall (1908) apportent des précisions et des théories nouvelles accompagnées de multiples observations.

Enfin, les premiers en France en 1909, Reclus et Schwartz publient dans la *Revue de Chirurgie*, une étude d'ensemble sur les « Exostoses du calcaneum ». En 1910 Labernadie, élève de Reclus, dans sa thèse présentée et soutenue à Paris, associe la talalgie aux exostoses sous-calcanéennes, selon la formule de son maître : « chaque fois que j'ai vu une talalgie, j'ai fait une radiographie et j'ai toujours trouvé une exostose. » — En 1911, Moure et Raillet, internes des hôpitaux de Paris, montrent que la talalgie peut exister sans exostose.

PATHOGÉNIE

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE. — La face inférieure du calcaneum porte à sa partie postérieure deux tubérosités : externe et interne, cette dernière plus volumineuse où viennent s'insérer les muscles court fléchisseur plantaire et adducteur du gros orteil ; l'externe plus petite donne attache au muscle abducteur du petit orteil. En avant de ces deux tubérosités s'étale une surface rugueuse qui se termine par la tubérosité antérieure..

L'exostose sous-calcanéenne, quand elle est unique, siège généralement à la tubérosité interne : double, elle s'implante sur les deux tubérosités : si elle est triple, comme dans un cas signalé par Joeger, la troisième est implantée un peu en avant, sur la surface rugueuse. Elle est quelquefois bilatérale : nous en avons un exemple que nous devons à l'amabilité de M. le professeur Soubeyran.

La forme de l'exostose est variable : tantôt c'est un éperon à base calcanéenne large, à sommet antérieur effilé, le « calcaneussporn » des Allemands ; tantôt c'est une courte lame osseuse aplatie de haut en bas. Reclus a, dans un langage expressif et imagé, décrit la forme de l'exostose sous-calcanéenne, telle que la découvre l'intervention sanglante. « L'aspect de l'exostose, écrit-il, change quand on peut la palper et la voir ; elle n'est pas arrondie mais aplatie de haut en bas : sa base d'implantation mesure 2 à

3 centimètres, elle est lamellaire et s'avance au milieu des insertions aponévrotiques et musculaires. Elle ne ressemble pas du tout à la verge du chien (image radioscopique) mais plutôt à un outil de menuisier, la varlope où l'exostose serait figurée par la lame d'acier à arête antérieure vive qui, large et courte, se détache du bois de l'instrument ».

Dans plusieurs cas signalés par Baër, la base de l'exostose au contraire s'avancerait vers les muscles de la plante reliée au calcaneum par une sorte de pédicule.

Enfin, un très grand nombre d'exostoses ne sont qu'ébauchées : il semble qu'elles ne soient alors que l'exagération de la tubérosité calcanéenne.

En plus de ces lésions, le calcaneum présente généralement d'autres altérations, soit une augmentation de volume dans le sens transversal, soit un épaississement total dû à une véritable « calcanéite ossifiante », soit encore une aspérité particulière de sa surface comme parsemée de fines aiguilles osseuses.

Suivant la cause qui les a déterminées, la structure de ces exostoses diffère ; les unes sont constituées par du tissu osseux normal, d'autres présentent des lésions d'ordre inflammatoire.

ETIOLOGIE. — Les exostoses sous-calcanéennes sont loin d'être une rareté : en l'espace de quelques mois Reclus et Schwartz en ont observé quatre cas.

De plus, il faut tenir compte du nombre important d'exostoses indolores qui ne se manifestent que par des symptômes très légers, et qui demeurent méconnues. Reclus examinant les radiographies prises au hasard a trouvé 12 exostoses sous-calcanéennes plus ou moins marquées depuis le simple éperon jusqu'à l'exostose longue et pointue : il a examiné ensuite les squelettes de l'Ecole pratique, sur 100 calcaneums qu'il passa en revue, il en trouva 9 dont la tubérosité plantaire était tréssaillante et

14 dont la tubérosité était très saillante et possédant tous les caractères de l'exostose : dans un examen plus minutieux, il parvint à classer tous les intermédiaires entre une saillie tubéreuse à peine ébauchée et l'exostose typique.

Labernadie a pu examiner la série de calcaneums de l'Amphithéâtre des Hôpitaux et sur 42 calcaneums en a trouvé 4 avec exostose typique et 7 avec exagération de la tubérosité.

On arrive donc à une moyenne de 20/100 d'exostoses typiques et 20/100 de déformations plus ou moins accusées de la tubérosité interne.

Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme : sur 60 observations assemblées et publiées par Reclus, il ne s'y trouve que six cas se rapportant au sexe féminin. Cependant sur trois observations inédites que nous publions, il y a 2 femmes.

L'âge ne paraît avoir aucune influence sur la genèse de cette maladie. Il n'en est pas de même de la profession ; l'exostose douloureuse est le malencontreux apanage des travailleurs qui exercent un métier fatigant qui exige de longues marches ou d'interminables stations debout ; elle a été très justement dénommée la maladie des garçons de café ou des sergents de ville.

CAUSES QUI CRÉENT LA MALADIE. — Lehr attribuait au pied plat la formation de l'exostose ; il prétendait qu'à l'époque de la croissance par suite de l'effondrement plantaire les aponévroses tiraient plus violemment sur leurs insertions et finissaient par irriter le périoste : celui-ci donnerait alors des végétations cartilagineuses qui plus tard s'ossifieraient. Il est exact que l'exostose coexiste souvent avec le pied plat : mais il nous semblerait plutôt que le pied plat soit la résultante de l'exostose : pour éviter toute douleur, le malade marche sur l'avant-pied qui supporte ainsi tout

le poids du corps d'où affaissement de la voûte plantaire.

Nous ne citons que pour mémoire les théories de l'arthritisme et de l'arterio sclerose qui nous paraissent peu sérieuses.

Les exostoses en général pourraient se classer en trois catégories : ostéogéniques, infectieuses et traumatiques. Trois théories correspondant à chacun de ces groupes se sont élevées pour expliquer la production des exostoses sous-calcanéennes.

1° *Origine ostéogénique.* — Le calcaneum se développe par trois points d'ossification : Un point primitif qui apparaît à la partie moyenne de l'os cartilagineux vers le quatrième ou cinquième mois de la vie intra-utérine : deux points secondaires qui n'apparaissent que de sept à dix ans et qui constituent les deux tubérosités postérieures de la face inférieure du calcaneum. Ces deux points épiphysaires se soudent au point primitif de seize à vingt ans. Chrysopathes pense qu'un noyau cartilagineux, isolé en plein tissu osseux s'ossifierait ultérieurement en formant des exostoses, ou bien qu'un noyau secondaire serait, grâce à la traction des muscles et des ligaments de la plante, attiré pour ainsi dire sous le calcaneum jusqu'à former dans certains cas un prolongement qui n'est autre que l'éperon. Cette théorie très séduisante n'est malheureusement pas démontrée.

2° *Origine infectieuse.* — En premier lieu, se place la blennorrhagie. Bâcr, dans trois observations mémorables que nous relatons plus loin, a montré nettement que l'infection gonococcique était en cause : dans les trois cas, il a découvert dans les tissus même de l'exostose ou dans les tissus avoisinant la lésion, la présence de gonocoques ou de cocci ressemblant au gonocoque.

Mais la présence effective, rigoureusement démontrée

du gonocoque dans les exostoses sous calcanéennes est loin d'être constante. Reclus et Labernadie citent des observations où l'infection blennorragique domine l'histoire du malade mais où les recherches bactériologiques sont demeurées sans résultat positif ; dans ces cas, on pourrait admettre l'action des toxines transportées à distance.

Quoiqu'il en soit, la blennorragie et l'exostose sont intimement liées ; et si on a pu objecter qu'il y a des gens atteints d'exostose douloureuse qui n'ont jamais eu la blennorragie, cela prouve simplement que des causes différentes peuvent engendrer une même maladie.

La syphilis peut parfois donner une exostose sous-calcanéenne : mais il n'existe aucune observation caractéristique.

Le rhumatisme a été aussi incriminé : nul fait n'est venu prouver cette assertion : le rhumatisme est l'éternel accusé ; quand on ne trouve pas d'autre cause, on pense immédiatement à lui « Le rhumatisme a bon dos, dit Reclus ; on lui prête des manifestations de forme si multiple qu'on peut bien en ajouter une nouvelle ».

L'école de Lyon avec Poncet et Mailland, prétendent que le bacille de Koch serait capable de donner lieu à de véritables exostoses constituées par de l'os normal : ce serait une infection tuberculeuse atténuée ; Poncet pense qu'il doit en être de même pour certaines exostoses sous-calcanéennes.

3° *Origine traumatique.* — On ne peut pas dire si le traumatisme est la cause de l'exostose ou s'il n'a fait que révéler réellement une exostose insoupçonnée : toutefois il existe des faits où le traumatisme est indéniable. Sous l'influence d'un choc, il peut se produire une ostéo-périostite, un décollement ou un arrachement d'un fragment de périoste, lésion susceptible de donner naissance à une

surproduction osseuse. Les observations de ce genre abondent : Bahr, Jacobsthal, Reclus en rapportent au grand nombre. Ainsi doivent agir par une sorte de pseudo-traumatisme les tiraillements ligamenteux ou musculaires, capables de 'déchirer des lambeaux de périoste au niveau des tubérosités postérieures, ce qui faisait dire à Reclus qu'un très grand nombre d'exostoses ne sont en somme que l'exagération de la tubérosité calcanéenne due à une traction exagérée des tendons et des aponévroses de la région

A propos de l'exostose traumatique, la question accident de travail peut se poser. Reclus, appelé à expertiser deux lésions de ce genre s'exprime ainsi :

« J'ai déjà expertisé deux blessés où la talalgie avait pour cause un traumatisme violent, car la talalgie consécutive à des marches prolongées n'a rien à voir, bien entendu, avec la loi d'avril 1908 et rentre tout au plus dans les maladies professionnelles. Nous avons évalué à 15 à 20 0/0 le déchet professionnel, mais en faisant remarquer qu'une intervention sans gravité peut en débarrasser le blessé et qu'il y aurait incurie de sa part à ne vouloir pas s'y soumettre. Un de nos sinistrés fut opéré sur notre conseil. Malheureusement, il s'adressa à un chirurgien qui eut la détestable idée d'attaquer l'exostose par une incision plantaire, et cette cicatrice sans cesse pressée contre le sol et le poids du corps, reste douloureuse. La diminution de capacité professionnelle doit en moyenne être fixée à 15 ou 20 0/0, avec cette réserve que la situation du blessé peut être améliorée par l'intervention. »

Enfin, il est des cas qu'on ne peut rattacher ni à une infection, ni à un traumatisme. Dans les cinq observations de ce genre que nous relatons, il nous semblerait logique d'admettre l'influence du traumatisme lent, chronique causé par la profession des malades.

En somme, les causes de la maladie demeurent un peu

obscurcs et assez mal définies. Il n'y a pas de preuve évidente, irréfutable que telle cause plus qu'une autre intervient à un moment donné pour créer l'exostose, pas plus qu'on ne peut préciser l'époque à laquelle la lésion a commencé d'évoluer.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

SYMPTOMES. — Nous avons déjà dit qu'il existait des exostoses insoupçonnées, indolores ne causant aucune gêne au sujet qui en était atteint, tel ce malade qui ne souffrait que d'un talon, on fait une double radiographie et on découvre deux exostoses. Dans ces cas, l'exostose n'existe pas, cliniquement parlant, et nulle indication thérapeutique ne se pose,

Ordinairement, le médecin est consulté pour une douleur au niveau du talon, douleur qui gêne la marche, empêche le travail et rend intolérable la station debout, qui s'apaise par le repos et qui reparaît très aiguë dès que la malade a fait quelques pas, douleur apparue depuis un temps variable de plusieurs mois à plusieurs années, qui a augmenté peu à peu d'intensité ou qui s'est installée subitement. « Tout à coup ou progressivement, écrit Reclus, spontanément ou après un traumatisme, des marches forcées, la station debout prolongée ou peut-être au cours de certaines infections générales, le malade éprouve une douleur sourde ou lancinante comme celle que produirait un corps étranger, un cor et un durillon contus ».

Cette douleur est diversement interprétée : Ebbinghaus pense qu'elle est due à une fracture de l'éperon calcanéen. En dehors de cette fracture possible, elle peut provenir

soit de l'irritation du nerf de l'abducteur du petit orteil qui croise en avant la grosse tubérosité, soit de l'inflammation des parties molles avec hygroma de la bourse sous-calcanéenne.

Que faut-il penser de l'existence de cette bourse séreuse ? Duplay et Lenoir affirment sa réalité : elle répondrait spécialement aux tubérosités de la face inférieure du calcaneum ; proportionnellement plus grande chez l'enfant, elle serait difficile à démontrer chez l'adulte, séparée de la peau par une couche de tissu adipeux plus ou moins épaisse suivant l'embonpoint général des individus.

Reclus et Labernadie la contestent : du moment que cette bourse séreuse, au lieu de suivre un développement parallèle à celui de l'activité physique, diminue, s'atrophie au point d'échapper souvent à toute recherche, elle doit être considérée comme inexistante : il ne saurait donc être question d'hygroma. Ils déclarent d'ailleurs l'avoir cherchée longtemps et ne l'avoir jamais rencontrée.

Moure et Raillet auraient découvert dans un cas que nous citons plus loin une « véritable bourse séreuse » seule cause de la douleur : mais ils ne sont pas très affirmatifs et ils conviennent que cette bourse séreuse pourrait bien n'être après tout qu'un « amas de tissus enflammés ».

Dans maintes observations, il est fait mention d'une bourse séreuse épaissie : mais n'aurait-on pas pris pour une bourse séreuse, de gros globules graisseux emprisonnés dans un tissu de sclérose ?

Si la théorie de hygroma est en suspens, un fait demeure certain : c'est qu'il peut se développer sous la tubérosité du calcaneum un foyer d'infection subaiguë intéressant les parties molles et que cette inflammation est la plus importante cause de la douleur.

De la douleur naissent les troubles de la marche : pour atténuer sa souffrance, le malade marche avec crainte et précaution : il s'efforce d'éviter toute pression sur le calca-

neum ; il s'avance sur la pointe des pieds, hanté par la perspective d'un faux pas qui le forcerait à appuyer le talon sur le sol : il en vient à détester la marche qui le fatigue et lui cause de terribles appréhensions, il n'est soulagé et rassuré que dans la position assise ou couchée .

Comme signes physiques, à l'inspection on ne trouve le plus souvent rien de particulier, d'autres fois, on constate un pied plat résultat de la démarche défectueuse du malade, ou un léger gonflement de la région malléolaire ; à la palpation on ne sent aucune saillie à moins que l'exostose ne soit par trop volumineuse ; à la pression on détermine une douleur localisée dans une zone limitée à environ 2 cm. du bord postérieur du talon, près du bord interne ; toutefois si les parties molles du talon sont enflammées, il peut exister un endolorissement général du talon avec irradiations sur la ligne tubérositaire.

DIAGNOSTIC. — La talalgie impose-t-elle le diagnostic d'exostose ?

Reclus en 1909 le pensait ; en 1910, il atténuait son opinion : « il n'est pas définitivement prouvé, disait-il, que talalgie et exostose soient si étroitement liées que de l'existence d'une talalgie on puisse conclure à l'existence d'une exostose. »

Labernadie aurait une tendance à le croire, mais il ne se prononce pas formellement.

En 1911, Moure et Raillet publient dans « Paris médical » une observation d'une talalgie double s'accompagnant d'une exostose bilatérale ; lorsque la douleur apparut à gauche, la radiographie montra l'absence d'exostose : celle-ci se développa peu à peu en l'espace de 7 ans à mesure qu'empirait la talalgie. A droite, la douleur existait sans éperon calcanéen : celui-ci est apparu depuis, c'est-à-dire dans un intervalle de 15 mois. Des deux côtés, la talalgie a précédé

l'exostose. Nous résumons cette intéressante observation :

C. Ernest, 39 ans (blennorrhagie) vint en 1905 à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour douleurs dans le talon gauche. La radiographie ne révèle rien d'anormal. Il entre à Necker. Salicylate pendant un mois. Disparition des douleurs jusqu'en octobre 1909. Brusquement, sans traumatisme, douleur vive : il se décide après échec des moyens médicaux à rentrer à l'hôpital. Dès le lendemain il se plaint pour la première fois de son talon droit. Rien d'anormal à l'examen si ce n'est une légère douleur à la pression profonde ; le talon gauche est visiblement plus gros, on constate une saillie anormale.

La radiographie décèle un volumineux éperon à gauche, rien à droite. Opération à gauche. Guérison.

En janvier il revient souffrant de son pied droit. A la radiographie, absence d'exostose. On cède aux instances du malade. Opération le 3 mars 1910 : on découvre l'existence d'une véritable bourse séreuse mais point d'exostose.

En juillet 1911 la douleur reparait à droite : une nouvelle radiographie montre que depuis l'intervention où fut excisé la bourse séreuse, il s'est développé un éperon très net sous le calcaneum.

Des deux côtés, la talalgie a précédé l'exostose et l'on ne peut vraiment pas dire que l'une soit cause de l'autre.

Les signes cliniques ne sont donc pas suffisants pour conclure à la présence de l'exostose, il importe de faire appel aux rayons X.

L'image radiographique est parfois infidèle et assez éloignée de la réalité. On sait que le tissu osseux de nouvelle formation peut se laisser traverser par les rayons X sans fournir d'ombre : quelques cas ont été signalés où, malgré une radiographie négative, l'intervention chirurgicale avait mis à jour une exostose. Quand la radiographie est positive, -- il en est presque toujours ainsi -- la forme de l'exostose

représentée rappelle, grâce à sa direction de haut en bas et d'arrière en avant, et grâce à sa racine large et à son extrémité pointue, *la verge qui se détache de la paroi abdominale du chien*, alors que la forme réelle de l'exostose est comparable à *la lame d'acier de la varlope*. (Reclus).

PRONOSTIC. — L'exostose sous-calcanéenne est une maladie grave puisqu'elle peut aboutir à l'infirmité : le garçon de café que cite Reclus resta huit ans sans pouvoir marcher (Obs IV). Toutefois le pronostic est bénin : la guérison complète s'obtient par l'ablation de l'exostose.

TRAITEMENT

Il est orthopédique ou chirurgical.

Le traitement orthopédique ne se justifie que par l'état de santé du sujet : âge avancé, cardiopathies, albuminuries etc., cas dans lesquels l'intervention présenterait quelques dangers. Il consiste simplement à mettre dans la chaussure un anneau en celluloïd ou en caoutchouc qui placé sous le talon empêche la région sensible de venir en contact avec la semelle et la soustrait aux pressions. Le résultat est assez satisfaisant, il supprime la douleur, mais il est incomplet.

Le traitement chirurgical présente l'immense avantage d'être complet et de procurer une guérison définitive. La technique opératoire pour l'ablation des exostoses comprend cinq temps principaux.

1° Incision en fer à cheval sur les parties latérales et postérieures du talon poussée jusqu'à l'os.

2° Abaissement du lambeau à base plantaire. Le lambeau une fois détaché et séparé du tissu cellulaire et des tractus fibreux qui l'unissent aux plans profonds est rabattu à la façon d'un volet : on recherche les zones enflammées ou sclérosées dans le tissu cellulo-adipeux et on les excise.

3° Recherche et libération de l'exostose avec le bistouri.

4° Ablation de l'exostose avec le ciseau à froid et le mail-

let. On enlève un ruban important de la face inférieure, un copeau de la tubérosité où s'insère l'exostose, enlevant à la fois le périoste et l'exostose.

5° Hémostase, rabattement du lambeau et suture au crin de Florence.

Les résultats sont rapides et excellents : au bout de trois-semaines ou d'un mois, le malade se remet à marcher sans souffrance et il ne tarde pas à reprendre ses occupations. On a signalé des guérisons incomplètes et même des récidives : nous croyons que ces faits sont dus à une ablation incomplète des parties lésées.

OBSERVATIONS

I. — Exostoses présumées d'origine gonococcique

OBSERVATION PREMIÈRE

(Baër)

Homme, 26 ans, admis le 16 février 1905. Douleurs dans les deux talons et dans le dos. Trois attaques de gonorrhée depuis moins de dix ans. Pas de rhumatisme. A commencé il y a un an à souffrir dans les deux talons de plus en plus. Il y a six mois, pendant qu'il soignait ses pieds aux sources chaudes, il est pris de douleurs dans le dos existant même au repos. Homme peu robuste. Le pied droit montre un épaissement marqué du calcaneum. A l'attache des téguments plantaires au calcaneum, il y a un point douloureux à la pression d'environ un centimètre. Pas de réaction locale. L'articulation du gros orteil est légèrement élargie. Pas de douleur à la pression du tendon d'Achille. Pied gauche semblable. L'épine dorsale est douloureuse à la pression dans toute la région lombaire et l'hyperextension est impossible. L'inclinaison vers la gauche est diminuée. Ablation des exostoses avec le tissu immédiatement adjacent. Par place il y avait des adhérences. Radiographie. Petites exostoses à l'attache du court fléchisseur plantaire sur le calcaneum. Léger épaissement du calcaneum.

La radiographie du dos montre de légers dépôts entre les quatre premières vertèbres lombaires.

Cultures négatives. Le tissu plantaire montre une inflammation évidente. Des coupes montrent la présence de cocci ressemblant au gonocoque. Trois mois après l'opération la douleur a entièrement disparu. Le malade porte toujours un appareil pour les douleurs du dos.

OBSERVATION II

(Baër)

Homme, 30 ans. Admis le 16 mars 1905 pour douleurs dans les talons. Antécédents héréditaires nuls. Nie la gonorrhée. Glandes dans l'aîne il y a deux ans opérées. Fièvre typhoïde il y a 23 ans. Pas de rhumatisme.

Il y a 16 mois, douleur dans le talon droit : il y a 13 mois dans le gauche. Jamais d'inflammation ni de gonflement. Il a des douleurs dans le dos depuis un an.

Pas de gonflement du talon, mais épaississement marqué du calcaneum.

Zone très douloureuse sous le calcaneum au tubercule interne. Douleur à l'extension de la plante ; pied droit semblable.

Douleur dans le dos, surtout la nuit et les mouvements sont limités.

La radiographie montre une exostose de la face plantaire du calcaneum. Léger dépôt osseux sous l'extrémité proximale du cinquième métatarsien, mais non attaché à l'os. Le calcaneum gauche montre quelques points éburnés à sa surface postérieure.

Opération. L'exostose est plus large à l'extrémité distale qu'à son attache sur le calcaneum qui se fait par une partie rétrécie (isthme). Le tissu plantaire est évidemment atteint

d'un processus inflammatoire. Cultures donnant du gonocoque pur. Les tissus montrent une infiltration embryonnaire évidente. La douleur plantaire a disparu, mais la sensibilité persiste sur les côtés du calcaneum.

OBSERVATION III

(Baër)

Homme, 25 ans. Admis en mars 1905 pour douleurs aux talons. Antécédents héréditaires nuls. En octobre 1904, urétrite aiguë, iritis et arthrite blennorragique des deux chevilles. A cette époque, gonflement mou au dessus des deux tendons d'Achille. En janvier 1905, il part amélioré.

Il y a trois jours, gonflement rouge et douloureux des deux chevilles. Urétrite aiguë. Marche extrêmement difficile.

Gonflement rouge et douloureux de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Pas d'inflammation aiguë à ce moment aux pieds, mais douleur sous le talon, très vive à la pression. Le calcaneum est très épaissi et l'extension de la plante est douloureuse.

La radiographie montre des exostoses marquées au tubercule du calcaneum. Rugosités au bord antérieur de l'os scaphoïde. Épaississement du calcaneum.

Opération. Ablation des exostoses par la manière habituelle. Par places, le tissu adipeux présente des traces évidentes d'inflammation (adhérences).

Deux semaines après l'opération, le malade peut marcher sans douleur.

Cultures stériles. Les tissus montrent un processus inflammatoire aigu. On trouve des micro-organismes en tout semblables au gonocoque.

OBSERVATION IV

(Reclus et Schwartz)

B. Vincent, 31 ans. Garçon de café, entre à l'hôpital de la Charité, le 20 décembre 1908, parce que des douleurs au talon l'empêchent de marcher.

Antécédents héréditaires nuls. A 23 ans, en 1900, blennorragie qui a duré trois mois et a complètement guéri. Deux mois après le début, douleurs dans les talons très vives qui ne sont calmées que par le repos et qui apparaissent dès que le malade appuie ses talons sur le sol. Aussi la marche devient extrêmement difficile. Il entre à l'hôpital de Nantes où on soigne sa blennorragie et où l'on porte le diagnostic de talalgie blennorragique. On lui prescrit des bains de pied chauds, du salicylate de méthyle, on applique des pointes de feu. Au bout de huit mois de repos il y a une légère amélioration, mais le malade ne marche encore qu'avec l'aide d'un bâton.

A 28 ans, seconde blennorragie. Il continue son métier tant bien que mal pendant trois ans. Enfin ne pouvant plus y tenir, il entre à l'hôpital de la Charité, le 20 décembre. Pas de syphilis.

Actuellement la marche est impossible, le contact du talon avec le sol déterminant des douleurs trop violentes. Aussi le malade n'appuie que la pointe des pieds.

A l'examen, on remarque que la convexité du talon est très accusée, plus encore à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de pied plat et on ne constate aucune déformation.

A la palpation, on trouve toute la face postérieure et la face inférieure du calcaneum douloureuse avec maximum sous et derrière le talon. De plus, l'extrémité inférieure du tendon d'Achille est comme engainée par une masse molle qui en augmente l'épaisseur.

Les radiographies montrent très nettement les exostoses sous-calcaneennes, à base tubéreuse, à pointe antérieure

Opération le 28 décembre. A droite on trouve une exostose implantée sur la tubérosité interne. Bourse séreuse contenant un tissu rouge, mollasse. A gauche l'exostose s'implante sur toute la région tubéreuse. Hygroma fongueux également. Résection et curetage.

Au bout d'un mois le malade qui n'avait pas pu marcher depuis huit ans quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION V

(Résumé de Reclus et de Schwartz)

Marc-Léon J., 38 ans, employé de commerce, souffre depuis huit ans A 20 ans, blennorrhagie qui a duré six semaines. A 22 ans, syphilis, chancre et roséole. Le 8 décembre 1908, les phénomènes douloureux s'étant aggravés, le malade peut à peine marcher et il prend toutes sortes de précautions pour ne pas appuyer fortement ses talons sur le sol. A l'examen on constate aux deux pieds un léger gonflement de la région malléolaire et plantaire. A la pression, on détermine une assez vive douleur sous le talon et sur le bord externe de l'os.

La radiographie montre au pied gauche une exostose très nette se détachant de la région tubéreuse et se perdant dans les parties molles, au pied droit les contours de l'os irréguliers, hérissés de pointes et d'aiguilles osseuses : sous le calcaneum une exostose pointue part de la tubérosité et une autre plus petite s'insère sur le milieu même de la face inférieure de l'os.

Opération le 22 décembre 1908. Incision et procédés classiques.

Examen histologique et bactériologique négatif ; 20 jours après l'opération, la pression sur le talon est insensible. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri de ses douleurs.

Un point à noter : chez ce malade, l'exostose était très large et se détachait à la fois des deux tubérosités du calcaneum.

II. — Exostoses d'origine présumée traumatique

OBSERVATION VI.

(Bahr)

Meunier, 32 ans, tombe d'une hauteur de 5 mètres sur les pieds et se blesse le pied droit de telle façon qu'il doit se reposer 10 à 11 semaines.

Six mois après, on ne trouve pas de trace d'une fracture ancienne : des deux côtés un pied plat moyen : les contours des articulations du pied sont moins nets à droite qu'à gauche ; le tendon d'Achille a son insertion légèrement épaissie : sur la partie postero-externe de la face plantaire du talon, on sent une résistance du volume d'une noisette notablement dure. Mouvements du pied normaux.

Pendant l'ablation opératoire de la saillie, qui avait 1,5 centimètres de long et 1 centimètre de haut, la surface calcanéenne fut trouvée rugueuse et permit de constater des irrégularités que la radiorgraphie n'avait pas montrées.

OBSERVATION VII

(Bradford)

H..., 23 ans, tombe d'une hauteur de 20 à 30 pieds sur ses talons. Pas de fracture, mais violentes douleurs : il va

jusque chez lui et ne se repose que peu de temps. Cependant, il ne peut accepter aucune occupation nécessitant une station debout prolongée.

La pression profonde dénote une sensibilité au talon (particulièrement à la partie antérieure de la surface d'appui du talon). Rien d'anormal dans les mouvements du pied.

Le radiographie montre une exostose sous les deux talons.

Incision interne et ablation de l'exostose.

Convalescence normale. Au bout de deux mois, le malade peut marcher avec une canne. Un an après l'opération, il marche sans difficulté.

OBSERVATION VIII

(Reclus et Shewartz)

Dom, charretier, 32 ans. Son talon droit est heurté par un roue de voiture qui le contusionne violemment sur le bord externe.

Le blessé ne peut marcher que sur la pointe du pied, pour éviter le contact du talon avec le sol.

La radiographie montre sur le bord antérieur de la tubérosité postérieure une petite pointe.

De plus, la distance qui sépare la limite des téguments de la surface osseuse, mesurée sur la radiographie est plus grande du côté lésé.

OBSERVATION IX

(Reclus et Schwartz)

Bourgeois ch. reçoit le 6 août 1908 un coup de pied de cheval sur la partie supérieure du talon droit. On porte

le diagnostic de fracture malléolaire. Une radiographie faite de face ne donne aucune indication.

Un expert consulté à ce moment pense à une périostite plutôt qu'à une inflammation de la bourse séreuse sous-calcaneenne et il conclut à la non consolidation de la blessure.

Consulté à nouveau un peu plus tard, le même expert demande un délai de deux mois pour permettre de soigner le blessé par des bains locaux, des applications de pommade mercurielle et au besoin de lui faire une incision et un grattage de l'os. Actuellement, le 25 mars 1909, le talon droit est plus arrondi et plus épais : la pression provoque une douleur très vive sur la ligne tubérositaire.

Le malade marche sur l'avant-pied.

La radiographie montre à côté d'une fracture de l'os tri-gone, un arrachement de la tubérosité postérieure. Il existe là au niveau de la zone traumatisée une saillie irrégulière, dentelée, du volume d'un petit haricot. L'épaississement des parties molles permet de penser à une inflammation de ces tissus.

**III. — Exostoses dont on ne peut attribuer l'origine
ni à l'infection
ni à un traumatisme évident.**

OBSERVATION X.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Soubeyran.)

M^{me} X., âgée de 60 ans, marchande de berlingots à Mar-seillan (Hérault). — (Médecin traitant, Dr Léon Lafon).

Antécédents pathologiques nuls. Pas de syphilis. Pas de blennorrhagie. Quelques vagues douleurs rhumatismales disséminées apparaissant de loin en loin. Pas de traumatisme.

Depuis plus d'un an, elle souffre du pied droit en marchant ; progressivement, la douleur est devenue plus intense rendant la marche sinon impossible du moins très pénible.

Le médecin traitant, après échec de la thérapeutique anti-rhumatismale, l'envoie en consultation chez M. le Dr Soubeyran.

A l'examen, le talon droit ne présente rien de particulier, pas de déformation, pas de gonflement : le jeu des articulations est normal. Mais à la pression, même légère, on constate l'existence d'un point douloureux au niveau de la ligne tubéreuse près des insertions du court fléchisseur plantaire.

D'autre part, la douleur n'apparaît que si la malade pose les pieds sur le sol pour disparaître totalement quand la malade est au repos.

La radiographie révèle une exostose très nette.

Opération : incision en fer à cheval du talon, résection et raclage de la face inférieure du calcaneum. Guérison : au bout de trois semaines, la malade commence à marcher et déclare ne plus souffrir sous les talons.

OBSERVATION XI

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Soubeyran).

M^{me} X., journalière, demeurant à Montpellier, âgée de 58 ans, soignée par le Dr Moulis, souffre depuis six mois du talon droit. Pas de hémorragie, pas de syphilis, pas de rhumatisme : nulle maladie notable ; elle prétend que cette douleur est survenue à la suite d'un faux pas en descendant un escalier.

La douleur a rapidement augmenté d'intensité : la mala-

de ne peut plus vaquer à ses travaux quotidiens et garde le lit.

Admise à la Clinique mutualiste en avril 1913. À l'examen de la région, on ne remarque ni déformation, ni voussure, la pression à la partie postérieure du talon et au pourtour du calcaneum réveille la douleur.

On croit sentir, à la palpation un certain épaississement des parties molles.

Radiographie positive. L'opération est pratiquée suivant la méthode ordinaire : incision en fer à cheval du talon, abaissement du lambeau. On trouve la bourse séreuse sous-calcanéenne très épaissie, elle est réséquée ; ablation de l'exostose. Guérison.

OBSERVATION XII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

M. F., 49 ans, cultivateur, demeurant aux environs de Montpellier, souffre des deux talons depuis un an. Antécédents nuls. Pas de traumatisme. La douleur a débuté par le pied droit : au bout de quelques semaines le talon gauche s'endolorit.

La marche et la station debout sont devenues progressivement difficiles et pénibles.

Symptômatologie ordinaire ; à noter au talon droit un léger gonflement et une douleur plus vive à la pression.

La radiographie révèle une exostose bilatérale, assez peu marquée à gauche, mais très nette à droite.

Opération le 2 juillet 1914. Bourse séreuse épaissie à droite. Résection des deux exostoses et de la bourse séreuse. Guérison. A la fin du mois, le malade recommençait à marcher.

OBSERVATION XIII

(Jacobsthal)

Alfred B., 24 ans, sous-officier. Se présente le 20 juin 1906. Douleurs au tendon d'Achille survenues en février à la suite d'un refroidissement. Pas de traumatisme, pas de blennorragie. Le tendon est douloureux à la pression et pendant certains mouvements. Epaissement d'une dureté osseuse, à l'insertion au tendon d'Achille droit, se prolongeant vers le haut dans une étendue de six centimètres. Pas de modification osseuse à la radiographie. Diagnostic : Achillobursite.

Au pied gauche le talon paraît plus convexe qu'à droite.

A environ cinq centimètres du bord postérieur du talon, une zone douloureuse à la pression, sensible à la marche et à la station debout.

La radiographie montre un « éperon » à la surface inférieure du calcaneum, large à sa base de six millimètres, long de cinq millimètres, épais de deux millimètres à sa pointe. Cette pointe se dirige un peu vers le bas, du côté de la plante. D'autre part, entre sa racine et le tubercule calcaneéen se trouve une légère dépression. On a l'impression qu'un morceau de tubercule se serait détaché et aurait donné naissance à l'épine.

OBSERVATION XIV

(Elbginghans)

W. C., fabricant, 62 ans, se présente en octobre parce qu'il souffre depuis cinq mois au talon droit : les douleurs remonteraient à une descente de cheval un peu brusque. Ces douleurs deviennent de plus en plus violentes, parfois

insupportables après une longue marche. Il est obligé alors d'appuyer sur la pointe du pied. Les douleurs irradient dans toute la jambe. Massage, bains, etc., sans succès. Seul le repos diminue les souffrances. La pression est douloureuse exactement sous la partie antérieure de la grosse tubérosité du calcaneum. Pas de déformation du pied.

La radiographie montre une grosse tubérosité calcanéenne pointue et démesurément longue, divisée par de fines aiguilles ombrées permettant de croire à une ancienne fracture de cette saillie.

Le malade refuse l'opération parce qu'un anneau en celluloid supprimant la pression sur la région sensible, supprime à peu près les souffrances.

CONCLUSIONS

I. — Les exostoses sous-calcanéennes sont fréquentes et se rencontrent surtout chez les gens obligés par leur profession à de longues et fatigantes marches ou stations debout.

II. — Elles paraissent être d'origine infectieuse, surtout blennorragique, et d'origine traumatique.

III. — Les deux symptômes capitaux sont la douleur et la gêne voire même l'impossibilité de la marche.

IV. — La talalgie peut exister séparément ; elle ne saurait être un signe infallible d'exostose. La radiographie seule permet le diagnostic certain.

V. — Il y a rarement lieu de s'en tenir au traitement orthopédique (âge avancé, mauvais état général). Le seul et rationnel traitement est l'ablation de l'exostose : la guérison complète en est le résultat.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAER. — Gonorrheal exostosis of the calcis, *Surgery-gynecology and obstetrics*. Vol. II. 1906, p. 168.
- BARCKER. — Bilateral Exostoses des Fersenbeins, *Jahresb. der. ges. f. Natur. u. Heilk.* in Dresden, 1900.
- BLENCKE. — Bemerkungen über den calcaneussporn *Zeitsch. f. orthop. chir.* 1908, Bd. 20, p. 363.
- CHRYSOPTHES. — Die variationen einiger skelettheile and die von ihnen ausgehenden Beschwerden *Zeitsch f. orthop. chir.* 1907. Bd. XVIII p. 363.
- DAVIDSON. — Gonorrheal exostoses of. the calcis *Medical Record*. New-York. Octobre 1908 p. 570.
- EBBINGHAUS. — Ein Beitrag zur Kenntniss der traumatischen Fusleiden, *Centr. f. chir.*, 1906. n° 15, p. 436.
- EGRET. — Contribution à l'étude de la talalgie. Thèse de Paris 1899.
- EWALD. — Ueber Fusschmerzen in Folge von minder auffälligen Ursachen *Wien. med. Woch.* juillet 1906.
- DUPLAY. — Talalgie ou pternalgie, bursite sous-calcaneéenne *Presse médicale* 1906. p. 593. 4.

JACOBSTHAL. — Ueber Fersenschmerzen, *Arch. f. Klein. chir.* 1908, Bd. 58, p. 147.

JACQUET. — De la talalgie blennorragique. *Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux*, 5 mars 1897. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1892, p. 681.

JAEGER. — Gonorrheal exostosis of the os calcis. *The american journ. of orthop. surgery*. Janvier 1890 p. 304.

JANOWSKI. — Zur frage von der calcaneodyn timer verursacht durch hypertrophie des processus tuberiscalcanei. *Russki Wratsch* 1907, n° 15. *Re. f. Centralb. f. chir.*, 1907, n° 39, p., 1159.

LE DENTU ET DELBET. — Talalgie. Tome X.

LEHR. — Ueber die plantare exostose des Fersenbeins, *Zeitsch. f. orthop. chir.*, 1908, Bd 19.

LENOIR. — Recherches sur les bourses séreuses sous-cutanéennes de la plante du pied et sur leur inflammation, *Presse Médicale*, Paris 1897, p., 49 à 53.

MAILLAND (M). — Les exostoses tuberculeuses. *Rev. de chirurgie*, 1902.

PAINTER. — *In trans. of. the american orthop. Association*. Vol. XI, p., 169, 1898. Inflammation of the post calcaneabursa associated with exostosis.

P. RECLUS ET SCHWARZ. — Les exostoses du calcaneum. *Revue de Chirurgie*. Juin 1909, p., 1053 à 1092.

MAILLAND. — Des exostoses (ostéogéniques et inflammatoires. Lyon, 1902).

P. RECLUS. — La talalgie et les exostoses sous calcanéennes, *Presse Médicale*, 2 avril 1910.

VOISIN. — La talalgie blennorragique (Th. de Paris, 1899.

LABERNADIE. — Les exostoses sous-calcaneennes et la talalgie, *Thèse de Paris*, 1910.

Journal de Lucas-Championnière, 1912, art., 23791. Les Achillo-dynies par exostose retro-calcaneenne.

P. SOUBEYRAN ET RIVES. — Fractures du calcaneum. *Revue de Chirurgie*, n° 4, 10 avril 1913.

MOURE ET RAILLET. — *Paris Médical*, 21-10-11. Rapports de la talalgie avec l'exostose.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 juillet 1919.

Le Recteur :

ANT. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 18 juillet 1919.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
